

**Е.Г. Асирян, О.Н. Мацук, А.И. Голубева, О.В. Матющенко**

Витебский государственный медицинский университет, elena.asiran@mail.ru

Атопический дерматит является одним из наиболее распространенных алергодерматозов у детей. Развивается он в раннем возрасте, отличается стадийностью течения, частыми рецидивами, сопровождается атопическими и другими поражениями внутренних органов. Распространенность данной патологии у детей, по данным различных авторов, колеблется от 17% до 25%.

В развитии атопического дерматита играют роль эндогенные и экзогенные факторы. К эндогенным факторам относится наследственность и атопия. Рядом исследований было установлено, что при наличии атопических заболеваний у обоих родителей симптомы атопии возникают у 80% детей, в том случае, если заболевание имеется у одного из родителей, риск развития атопического дерматита у детей снижается до 30-45%. Если родители здоровы, то риск развития данной патологии не превышает 10-15% [2].

Часто течение атопического дерматита сочетается с различными паразитарными инвазиями, что также способствует затяжному течению атопического дерматита. У больных с атопическим дерматитом наиболее часто выявляется лямблиоз (78,5%) [2].

Среди аллергических заболеваний, при которых также наблюдается поражение кожи, часто встречается крапивница. Крапивница – это гетерогенная группа заболеваний, характеризующаяся появлением кожной сыпи, первичным элементом которой является волдырь и/или реже – папула. Частота данной патологии у детей по данным разных авторов 15-22% [1]. Выделяют два клинико-патогенетических варианта крапивницы: аллергическая крапивница, псевдоаллергическая крапивница, которая может быть обусловлена различными факторами, в том числе и паразитарными заболеваниями.

Лямблиоз – протозойная инвазия, протекающая преимущественно с поражением тонкой кишки и сопровождающаяся у части больных аллергическими и неврологическими симптомами.

Чаще всего встречается бессимптомное и латентное течение лямблиоза, что при неспецифичности симптомов создает трудности в клинической диагностике. Для диагностики лямблиоза используют микроскопический метод выявления цист в мазках кала, а также иммунологические методы ИФА используется для выявления антигена лямблий в образцах стула, а также для выявления противоямблиозных антител различных классов в сыворотке крови и слюне. Интерпретация полученных результатов следующая: титр специфических антител класса М менее 1:20 – отрицательный, 1:20 – сомнительный, более 1:20 – положительный; титр специфических антител класса G менее 1:100 – отрицательный, 1:100 – сомнительный, более 1:100 – положительный.

Цель исследования: выявление лямблиоза у детей при атопическом дерматите и крапивнице.

Материалы и методы исследования: дети с аллергической патологией в возрасте от 1 года до 15 лет.

За весь период наблюдения было обследовано 148 детей с atopическим дерматитом и крапивницей. Из всей группы обследуемых у 28 (19%) детей были получены положительные результаты. 17 детей лечилось по поводу atopического дерматита, 11 находилось на лечении по поводу острой и хронической крапивницы.

Анализируя результаты обследования детей с atopическим дерматитом на лямблиоз, выявлены следующие особенности. У большинства детей наблюдалось выявление специфических антител класса G в сыворотке крови (10 детей) в титре 1:200 и более, у 2 одновременно выявлялись специфические антитела класса M и G в диагностических титрах. У 3 детей выявлялись цисты лямблий в кале, однако одновременное выявление цист и специфических антител в диагностических титрах у детей с atopическим дерматитом не выявлялось.

Вторая группа детей с положительными результатами обследования на лямблиоз – это дети, лечившиеся по поводу острой и генерализованной крапивницы. У 6 детей в данной группе наблюдалась острая генерализованная крапивница, у 5 хроническая крапивница. Наиболее часто в этой группе, также как и при atopическом дерматите, наблюдалось выявление специфических антител класса G в диагностических титрах – 7 детей. Следует отметить, что у двоих детей выявлялись цисты лямблий в кале, у одного ребенка выявилось сочетание цист лямблий в кале и специфических антител класса G. Все пациенты, у которых были выявлены цисты лямблий в кале, лечились по поводу острой генерализованной крапивницы. При хронической крапивнице во всех случаях выявлялись специфические антитела класса G в диагностических титрах.

1. Дети с atopическим дерматитом, острой и хронической крапивницей должны быть обследованы на лямблиоз (ИФА, кал на цисты лямблий).

2. При выявлении лямблиоза у детей с atopическим дерматитом и крапивницей необходимо включать в комплекс лечения противогельминтный препарат, что способствует более быстрому угасанию клинических проявлений данной аллергической патологии и ускоряет ремиссию.

## Литература

1. Болотова Н.В., Поляков В.К., Ефимова Ю.В., Дронова Е.Г. Эффективность лечебного питания у детей раннего возраста с atopическим дерматитом. Педиатрия. - 2003. - №4 -78-80.с.
2. Беляева Л.М. Atopический дерматит и аллергический ринит у детей и подростков. – Минск: ООО «В.И.З.А.ГРУПП», 2006.-194 с.